信州大学医学部附属病院　既卒者向け履歴書

履 歴 書

平成　　年　　月　　日現在

ふりがな 氏　名 （ 男・ 女 ）	印
ローマ字表記	
生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日生（ 満　　歳）	
ふりがな 自宅 現住所）〒　　-　　）	電話 FAX
携帯電話	E-mail

写真

1. 縦 36 ～ 40 mm
   横 24 ～ 30 mm
2. 本人単身胸から上

年	月	学歴･職歴（ 各項目ごとにまとめて書く）

免許の種類	取得年月日	登録番号 等
看護師免許	昭和・平成　　年　　月　　日　取得	第　　号
助産師免許	昭和・平成　　年　　月　　日　取得	第　　号
その他		

前職の離職理由と離職期間	健康状態

志望動機

看護実践上の得意分野

将来のビジョン（ 目標とするものなど）

本人希望記入欄（ 配属先・ 勤務時間・ その他について希望があれば記入）

扶養家族数（ 配偶者を除く ）　人	配偶者　有 ・ 無	配偶者の扶養義務　有 ・ 無

選考日

既卒者の応募は随時受け付けております。
選考日についてはお問い合わせください。

記入上の注意　1. 鉛筆以外の黒または青の筆記具で記入。2. 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書く。3. ※印のところは、該当するものを〇で囲む